

An den
Vorstand der
Philips Pensionskasse (VVaG)
Versicherungsbereich
Röntgenstraße 24 - 26
22335 Hamburg

AUFNAHME-ANTRAG

gemäß Satzung und Allgemeinen Versicherungsbedingungen
der Philips Pensionskasse (VVaG)

Vertragsnummer

(wird von der Pensionskasse ausgefüllt)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dieser Abschnitt wird von der Personalabteilung ausgefüllt

--

Arbeitgeber

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Personalnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sozialversicherungsnummer

Antragsteller Frau Herr

--

Titel, vollständiger Vor- und Nachname des Antragstellers

--

Geburtsdatum

--

Straße, Haus-Nr.

--

Staatsangehörigkeit

--

PLZ

--

Ort

--

Land

--

Zusätzliche Adressangaben

--

Telefon tagsüber

--

E-Mail

Bruttogehalt ≤ 500 € / Monat > 500 aber ≤ 1.000 € / Monat > 1.000 aber ≤ 2.000 € / Monat > 2.000 € / Monat

Hinweis: Die Angabe des etwaigen Bruttomonatsgehalts ist nötig, damit die Kasse die Einhaltung des Maximalbetrages der aus der Versicherung resultierenden Altersrente gemäß § 1 Nr. 2 AVB T 2008 bzw. § 1 Nr. 5 AVB T 2008 Z prüfen kann.

Verheiratet ja nein

--

Datum der Eheschließung

--

Titel, Vor- und Nachname des Ehepartners

--

Geburtsdatum des Ehepartners

Erklärung zur Mitgliedschaft

- Ich bin noch nicht Mitglied in der Philips Pensionskasse (VVaG), Hamburg, und beantrage meine Aufnahme. Ich bin bereits Mitglied in der Philips Pensionskasse (VVaG), Hamburg.

Erklärung zur Art der Versicherung

Die Versicherung soll beginnen am: 01. _____ (Datum der Zahlung des ersten Monatsbeitrages bzw. des Einmalbeitrages).

Ich beantrage den Abschluss einer Versicherung und damit die Neuaufnahme in den

Tarif 2008

»Grundversorgung« nach den AVB Tarif 2008,

- mit Zahlung laufender, monatlicher Beiträge (§ 1 Nr. 1).
 mit Zahlung eines Einmalbeitrages (§ 2 Nr. 4 und 6).

Monatlicher Beitrag T 2008 (in Euro)

Arbeitnehmer-Eigenbeitrag ¹⁾

Arbeitgeber-Zuschuss ²⁾

Summe Monatsbeitrag ²⁾

Evtl. Einmalbeitrag T 2008 (in Euro)

Arbeitnehmer-Einmalbeitrag ¹⁾

¹⁾ vom Arbeitnehmer auszufüllen

²⁾ von der Personalabteilung auszufüllen

Tarif 2008 Z

»Zusatzversorgung« nach den AVB Tarif 2008 Z mit Zahlung laufender, monatlicher Beiträge (§ 1 Nr. 2 bis 4). (d. h. gegenüber der Grundversorgung erhöhte Invaliditäts- und Hinterbliebenenabsicherung gegen zusätzlichen Beitrag)

Monatlicher Grundbeitrag T 2008 Z (in Euro)

Arbeitnehmer-Eigenbeitrag ¹⁾

Arbeitgeber-Zuschuss ²⁾

Summe Monatsbeitrag ²⁾

Monatlicher Zusatzbeitrag T 2008 Z (in Euro)
(für erhöhte Invaliditäts- und Hinterbliebenenabsicherung)

= 7,5 % der Summe Monatsbeitrag ²⁾

Monatlicher Gesamtbeitrag T 2008 Z (in Euro)

= Summe aus mtl. Grund- und Zusatzbeitrag

Erklärung zur Entgeltumwandlung und zur steuerlichen Behandlung der Beiträge

Ich habe eine Entgeltumwandlungsvereinbarung mit meinem Arbeitgeber, die vor dem 01.01.2005 datiert. nach dem 31.12.2004 datiert.

Der Arbeitnehmer-Eigenbeitrag oder ein Teil davon soll

- steuer- und sozialabgabenfrei in die Pensionskasse eingebracht werden (innerhalb der gesetzlichen Grenzen nach § 3 Nr. 63 EStG).
 aus meinem individuell versteuerten Nettoeinkommen in die Pensionskasse eingebracht und für eine nach § 10 a EStG geförderte Rente (Riester-Rente) verwendet werden.

Wichtiger Hinweis: Wie die Beiträge steuerlich abgerechnet werden sollen, ist mit Ihrer zuständigen Personalabteilung zu regeln. Hierzu ist die diesem Antrag beigefügte Vereinbarung auf Entgeltumwandlung mit Ihrem Arbeitgeber zu treffen und zusammen mit diesem Antrag bei Ihrer Personalabteilung einzureichen.

Datenschutzinformation: Aus abrechnungstechnischen- und Verfahrens-Gründen und in Übereinstimmung mit dem BDSG werden die versicherungsvertraglich relevanten Daten und gegebenenfalls deren Änderungen von meinem Arbeitgeber an die Philips Pensionskasse (VVaG) übermittelt und nach Übermittlung elektronisch verarbeitet.

Die übrigen vom Vorstand der Philips Pensionskasse (VVaG) geforderten Auskünfte, insbesondere hinsichtlich meines Gesundheitszustandes, habe ich in der Anlage zu diesem Aufnahme-Antrag wahrheitsgemäß beantwortet. – Der beiliegende Umschlag enthält diese Erklärung.

Ich bin mir bewusst, dass falsche Angaben neben etwaigen strafrechtlichen Folgen den Ausschluss aus der Kasse gem. § 5 Nr. 2 der Satzung und damit den Fortfall jeder Versorgung für mich und meine Angehörigen zur Folge hat.

Ich halte mich an diesen Antrag 6 Wochen vom Tage der ärztlichen Untersuchung ab – falls eine solche nicht stattfindet, vom Tage der Antragstellung ab – gebunden.

Ich verpflichte mich, für den Fall meiner Invalidität mich durch einen von der Philips Pensionskasse zu bezeichnenden Arzt einer Untersuchung zu unterziehen. Des Weiteren ermächtige ich die Philips Pensionskasse (VVaG), im Falle meines Todes den Arzt, der die Todesursache festgestellt hat, über die Todesursache zu befragen. Ich entbinde diejenigen Stellen, die gemäß dieser Erklärung von der Philips Pensionskasse befragt werden können, in diesem Umfang von der Schweigepflicht auch über meinen Tod hinaus.

Maßgebend für meinen Antrag sind die Satzung der Philips Pensionskasse (VVaG), Hamburg, sowie die Allgemeinen Versicherungsbedingungen in ihrer jeweils gültigen Fassung. Die Satzung und die Allgemeinen Versicherungsbedingungen habe ich vor Abschluss der Versicherung erhalten und den Inhalt zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Nachname in DRUCKSCHRIFT

Eigenhändige Unterschrift des Antragstellers
(bei Minderjährigen der gesetzlichen Vertreter*)

* Hinweis für Vertragsabschlüsse mit Minderjährigen: Als gesetzliche Vertreter weisen wir Sie darauf hin, dass Versicherungsverträge mit Minderjährigen schwebend unwirksam sind, falls sie nicht (vor Eintritt der Volljährigkeit) vormundschaftsgerichtlich genehmigt wurden. Die Einholung einer derartigen Genehmigung steht in Ihrem Ermessen, ist jedoch nicht zwingend erforderlich, da wir unser Mitglied nach Eintritt der Volljährigkeit zur Genehmigung dieses Vertrages auffordern werden.

Einverständnis des Unternehmens / Arbeitgebers, Stempel und Unterschrift

AUSKÜNFTEN ÜBER GESUNDHEITZUSTAND

Diese Anlage kann vom Antrag getrennt und in einem verschlossenen Umschlag von Ihnen direkt an den Vorstand der Philips Pensionskasse, Röntgenstraße 24 – 26, 22335 Hamburg, geschickt werden.

Ich gebe folgende Auskünfte über meinen Gesundheitszustand

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vollständiger Vor- und Nachname	Geburtsdatum

Zutreffendes bitte ankreuzen und ggf. Details angeben. Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung nicht aus, fügen Sie Anlagen bitte unterschrieben bei.

1. Besteht eine Einschränkung der Berufs- oder Erwerbsfähigkeit (auch Wehrdienstbeschädigung)? ja nein

Welche Art:

2. Haben Sie in den letzten drei Jahren an irgendwelchen Krankheiten gelitten, die ein Arbeitsversäumnis von mehr als sechs Wochen zur Folge hatten? ja nein

Über welchen Zeitraum und aus welchem Grund:

3. Leiden Sie an chronischen (dauerhaften) Erkrankungen? ja nein

An welchen?

4. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja nein

Name, Dosis, Einnahmegrund

5. Haben in den letzten 10 Jahren stationäre Aufenthalte in einem Krankenhaus, einer psychiatrischen Anstalt oder einer Heilstätte / Kuranstalt stattgefunden oder sind solche beabsichtigt oder angeraten? ja nein

Wann und in welcher Art?

6. Wurden in den letzten 10 Jahren Operationen durchgeführt oder ist eine solche beabsichtigt oder angeraten? ja nein

Wann und welche Art der Operation:

Welche Folgen haben sich daraus ergeben bzw. folgenlos ausgeheilt?

Zu 1.–6. Von welchen Ärzten/Krankenhäusern sind Sie behandelt worden (Name, Facharztbezeichnung, Anschrift)?

Ich entbinde die oben aufgeführten Ärzte sowie andere Ärzte, die als behandelnde Ärzte oder Gutachter meinen Gesundheitszustand beurteilen können und die die Philips Pensionskasse um Unterlagen und Auskünfte ersucht, die für die Beurteilung meines Gesundheitszustandes im Hinblick auf das bei Abschluss oder Erhöhung der Versicherung bestehende Versicherungsrisiko für notwendig erachtet werden, von ihrer ärztlichen Schweigepflicht. Bei Eintritt des Versicherungsfalles durch Invalidität ist die Rentenversicherung ermächtigt, der Philips Pensionskasse Einsicht in die Rentenakte zu gewähren, wenn die Philips Pensionskasse es zur Nachprüfung der Richtigkeit nach Vollständigkeit der obigen Angaben und der erteilten Auskünfte für notwendig erachtet.

Ich bin mir bewusst, dass falsche Angaben neben etwaigen strafrechtlichen Folgen den Ausschluss aus der Kasse gemäß § 5, Nr. 2 der Satzung und damit den Fortfall jeder Versorgung für mich und meine Angehörigen zur Folge hat.

Ort, Datum

Eigenhändige Unterschrift des Antragstellers (mit Vor- und Nachname),
bei Minderjährigen eines gesetzlichen Vertreters

ANTRAG AUF ENTGELTUMWANDLUNG DES MITGLIEDSBEITRAGES ZUR PHILIPS PENSIONSKASSE (PPK)

Betrieb	Standort
Name, Vorname	Personal-Nr.

Hiermit beantrage ich die Entgeltumwandlung meines Gesamtbeitrages zur Philips Pensionskasse zum 01. _____ bzw. zum nächstmöglichen Abrechnungsmonat.

_____ Eigenbeitrag
 _____ Arbeitgeberzuschuss
 _____ Gesamtbeitrag
 _____ Einmalbeitrag

Mein tariflicher Anspruch auf altersvorsorgewirksame Leistungen (AVWL) soll zur Zahlung der monatlichen Beiträge an die Philips Pensionskasse verwendet werden und ist in meinem o. a. Eigenbeitrag enthalten.

Ich habe eine Direktversicherung, deren Beiträge nach § 40 b EStG (max. 1.752,00 €) pauschal versteuert werden.

Meine Mitgliedschaft in der PPK hat vor dem 01.01.2005 begonnen (Erstvertragsabschluss).
 (Alt-Vertrag – mindestens eine der beiden vorstehenden Fragen ist angekreuzt – Pauschalsteuer [max. 1.752,00 €] folgt Steuerfreiheit)
 (Neu-Vertrag – keine der beiden vorstehenden Fragen ist angekreuzt – Zusatz-Steuerfrei [max. 1.800,00 €] folgt Steuerfreiheit)

Die Entgeltumwandlung meines Eigenbeitrages soll nach folgenden Regeln durchgeführt werden:

_____ € steuerliche Förderung § 3 Nr. 63 (4 % der jeweiligen RV-Beitragsbemessungsgrenze) steuer- und sozialabgabenfreie Einzahlung
 _____ € steuerliche Förderung § 3 Nr. 63 – ohne Pauschalversteuerung (Verwendung f. Direktversicherung)
 _____ € aus meinem Netto (individualversteuert)
 _____ € aus meinem Netto zu Gunsten meines PPK-Riestervertrages
 _____ € Beitrag Zusatzversorgung Tarif 2008 – steuerliche Förderung § 3 Nr. 63

Diese Erklärung gilt unwiderruflich bis zum Jahresende. Sie verlängert sich jeweils für das Folgejahr, sofern nicht ein ausdrücklicher Widerruf bis spätestens 31.12. eines Jahres erfolgt.

Ort, Datum _____ **Eigenhändige Unterschrift des Antragstellers** _____ **Datum, Stempel des Unternehmens, Unterschrift** _____

VOM UNTERNEHMEN AUSZUFÜLLEN Infotyp 0699 AVMG Vertragsmodelle: PKA (lfd.) / PKN (lfd.) / PKH (einmal)

Alt	Neu	Einmal	Vertrag			
PKA	PKN	PKH	Vertragsmodelle			Beitrag
Baustein			Art der Versteuerung			monatlich / einmalig
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	SPI	Steuerfrei	- Pauschalsteuer	- Individualsteuer
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	Steuerfrei		- Individualsteuer
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	I	Individualsteuer		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	I-R	Individualsteuer	- Riestervertrag	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	SZI	Steuerfrei	- Zusatz Steuerfrei	- Individualsteuer
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	SPI	Steuerfrei	- Pauschalsteuer	- Individualsteuer AG-Beitrag
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	SZI	Steuerfrei	- Zusatz Steuerfrei	- Individualsteuer AG-Beitrag
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	SPI	Steuerfrei	- Zusatz Steuerfrei	- Individualsteuer
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	SZI	Steuerfrei	- Zusatz Steuerfrei	- Individualsteuer
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	AVWL	AVWL	- AG-Zuschuss steuerpflichtig	

Einmalzahlung, die in der Regel aus Einmalbezügen geleistet wird
 Alle Zahlungen aus laufendem Entgelt

* PKL8 und PKL9 = unveränderbare Beiträge zu erhöhter Invaliditätsversicherung im Tarif 2008 Z (7,5 % vom Erstversicherungsbeitrag Tarif 2008 Z)

- Der Arbeitgeberzuschuss (AGZA / AGZN) wird immer (wenn möglich) steuerfrei gestellt, ansonsten Steuern zu Lasten des Mitgliedes
 - Zusatz-Steuerfrei = zusätzlicher Freibetrag (max. 1.800,00 €) über die Steuerfreiheit des § 3 Nr. 63 EStG - keine SV-Freiheit
 - Pauschalsteuer = Pauschalversteuerung gemäß § 40 b EStG – nur bei Einmalzahlungen SV-Freiheit
 - Zusatzversorgung Tarif 2008 – Beitrag zur Invaliditätsversicherung – 7,5 % vom Grundbeitrag Tarif 2008 (nur bei Erstversicherung möglich)
 Dieser Tarifbestandteil ist nicht änderbar, sondern nur abwählbar!
 - altersvorsorgewirksame Leistung – diese Leistung wird gemäß Tarifvertrag erbracht. Eintrag immer auf Basis Vollzeit – Teilzeit- und Fehlzeitenkürzung wird automatisch vorgenommen

bearbeitet am: _____ Handzeichen: _____